

「いきいき高齢者プランまいばら 第8期介護保険事業計画/高齢者福祉計画」策定  
に向けたスケジュール等について

■目的

「いきいき高齢者プランまいばら」は3年を1期とした介護保険事業計画および高齢者福祉計画であり、令和2年度（2020年度）は第7期計画の最終年度に当たるため、計画の評価を行い、要支援者・要介護認定者のサービス利用実績や利用意向、施設等の整備状況・整備予定から、事業量を見込み保険料を算定するとともに、誰もが住みなれた地域で安心して尊厳をもって暮らせる地域社会を実現するため「いきいき高齢者プランまいばら 第8期介護保険事業計画/高齢者福祉計画」を策定します。

■業務委託

受託者	株式会社エディケーション
業務期間	令和3年3月26日まで
業務内容	R1 調査票の印刷・発送/調査結果の集計・分析/報告書の作成 等 R2 各種サービス等の現状把握/計画案および計画書・概要版の作成 等

■策定スケジュール

内 容	期 間
高齢者等実態調査・日常生活圏域ニーズ調査	令和元年11月下旬～12月
調査結果の集計・分析	令和元年12月～令和2年3月
各種サービスの現状把握	令和2年4月～6月
計画案の作成・修正	令和2年7月～12月
介護保険運営協議会	令和2年6月～令和3年3月まで6回
パブリックコメント、議会報告	令和3年1月
計画書・概要版の作成	令和3年3月

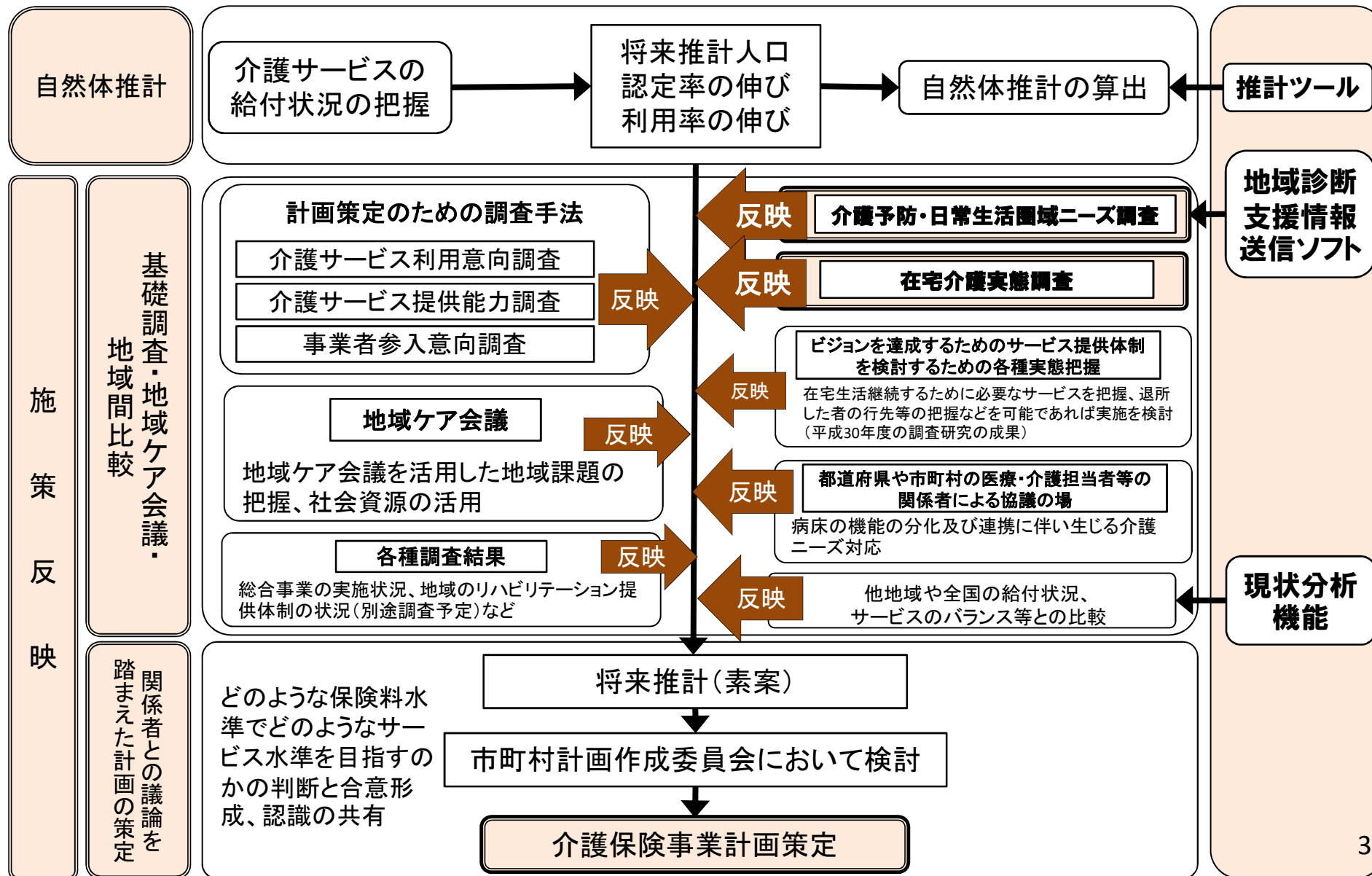
■調査の概要

区 分	調査対象者	抽出方法	予定数	配布・回収	調査予定期間	
高齢者等実態調査	居宅要支援・要介護認定者調査	令和元年10月1日現在の居宅の要支援・要介護認定者	全数	1,900	郵送	令和元年11～12月
	介護保険施設等利用者調査	令和元年10月1日現在の介護保険施設等利用者	全数	500		
	介護支援専門員調査	令和元年10月1日現在、米原市を担当している介護支援専門員	全数	100		
介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	平成30年3月に実施した65歳以上アンケート調査回答者	全数	4,000			

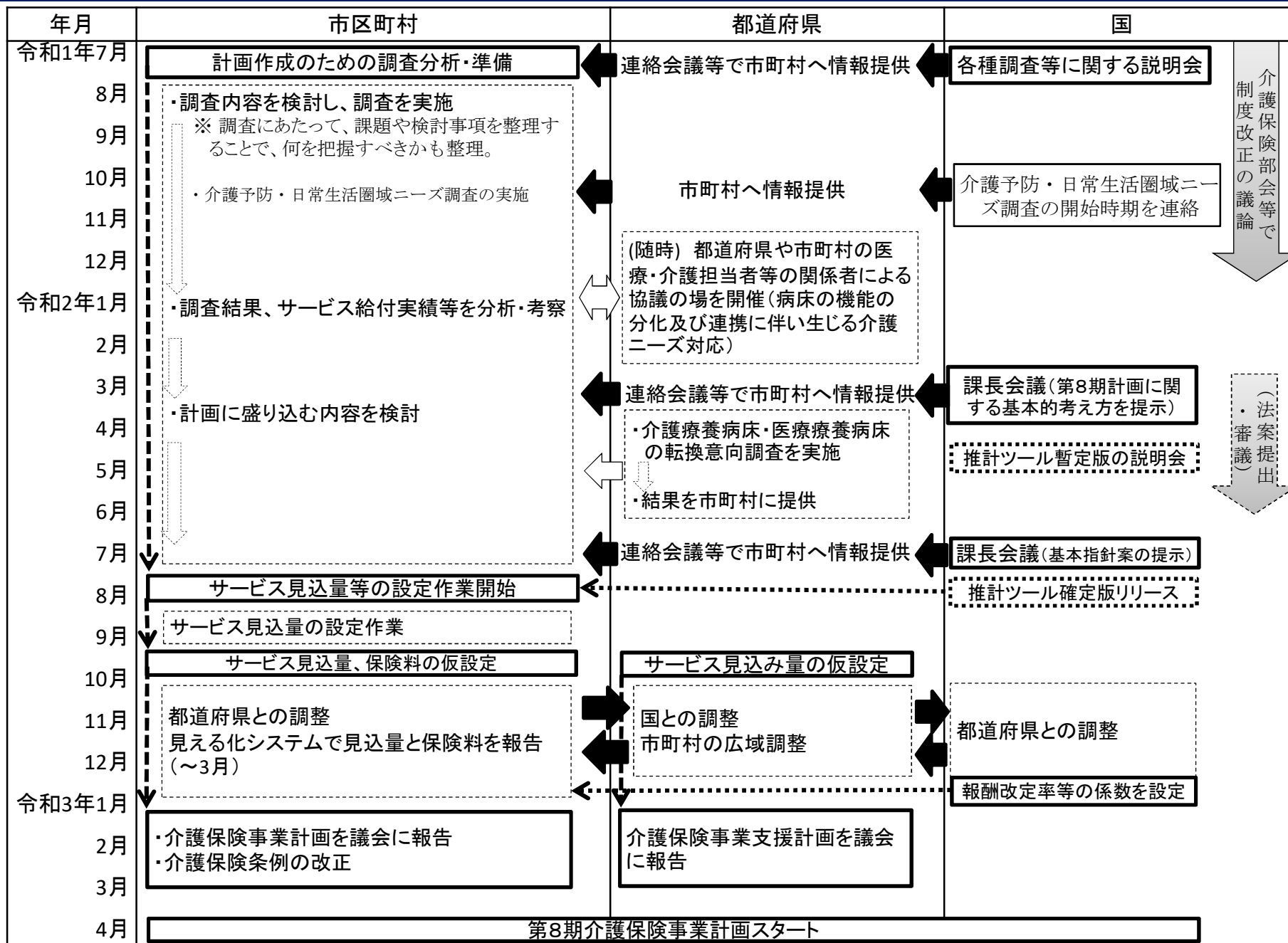
# 第8期介護保険事業計画の作成プロセスと支援ツールイメージ

R元.7.23

《「見える化」システム》



# 現段階における、第8期介護保険事業計画の作成に向けたスケジュール(R元.7.23)



## 米原市高齢者福祉・介護保険サービスアンケート協力をお願い

### 【在宅介護実態調査】

市民の皆様には、日ごろより市政に対し、ご理解とご協力をいただき、厚くお礼申し上げます。

本市では、このたび「いきいき高齢者プランまいばら（介護保険事業計画/高齢者福祉計画）」の見直しを行います。つきましては、要支援・要介護認定を受けた方およびその介護者の方の実態等を調査し、安心して暮らせる高齢社会実現の基礎資料とするため、アンケートを実施することといたしました。

このアンケートは、厚生労働省が示す「在宅介護実態調査」の内容を基本として実施するものです。このアンケート結果と認定データ（認定調査結果の情報等）を関連付け、分析することを目的としています。お忙しいとは存じますが、調査の趣旨をご理解いただき、同意書にご署名の上、ご回答くださいますようお願いのほどよろしくお願いいたします。

なお、本調査の調査票にご記入いただいた内容が、要支援・要介護認定の審査判定に影響を与えることはありません。

米原市長 様

#### 「在宅介護実態調査」に係る認定データの活用に係る同意書

今回実施するアンケートに係る認定データは、当市におけるいきいき高齢者プランまいばら（介護保険事業計画/高齢者福祉計画）の基礎資料とし、よりよいサービスを検討することを目的に認定データの活用について同意します。

令和 年 月 日

ご署名 \_\_\_\_\_

※ 調査対象者名をご記入ください。

令和元年11月

米原市

#### ◇ご記入の前に

- ・ この調査は別添依頼文のあて名の方が対象となります。
- ・ **令和元年10月1日**現在、要支援要介護認定を受けた方およびその介護者の方が対象です。
- ・ 回答は**令和元年11月1日**現在の内容でお答えください。
- ・ 回答はあてはまる番号を○で囲むなど、各設問の指示にしたがってください。
- ・ 事情によりご本人が記入できない場合は、ご家族の方などに代筆していただき、ご本人の意思を尊重して代わりにご回答くださいますようお願いいたします。
- ・ 対象の方がなんらかの事情により不在で調査できない場合には、下の枠内のいずれかに○をつけて返送してください。

1. 入院中	2. 施設等入所	3. 死亡	4. その他
--------	----------	-------	--------

#### ◇調査票の回収について

- ・ ご記入いただいた調査票は、切手を貼らずに同封の返信用封筒に入れ、**●月●日(●)**までに投函くださるようお願いいたします。

#### ◇調査についてのお問い合わせ

米原市役所 **くらし支援課** TEL : 0749-55-8110 /FAX : 0749-55-8130

問1 現在、この調査票にご回答をいただいているのは、どなたですか。(○は1つ)

1. 調査対象者(あて名の方)ご本人
2. 主な介護者となっているご家族・ご親族
3. 主な介護者以外のご家族・ご親族
4. ケアマネジャー
5. その他

## 1 あなた(あて名の方)やご家族について

問2 世帯類型について、ご回答ください。(○は1つ)

1. 単身世帯
2. 夫婦のみ世帯
3. その他

問3 <問2で「3. その他」と回答した方のみ>ご自分を含めて何人で暮らしていますか。(○は1つ)

1. 2人
2. 3人
3. 4人
4. 5人
5. 6人以上

問4 <問2で「3. その他」と回答した方のみ>同居されている方はどなたですか。(あてはまるものに○)

1. 配偶者(夫・妻)
2. 息子
3. 娘
4. 子の配偶者
5. 孫
6. 兄弟・姉妹
7. その他

問5 <問2で「2. 夫婦のみ世帯」「3. その他」と回答した方のみ>日中、一人になることがありますか。(○は1つ)

1. よくある
2. たまにある
3. ない

問6 介護・介助が必要になった主な原因はなんですか。(あてはまるものに○)

1. 脳血管疾患(脳卒中)
2. 心疾患(心臓病)
3. 悪性新生物(がん)
4. 呼吸器疾患
5. 腎疾患(透析)
6. 筋骨格系疾患(骨粗しょう症、脊柱管狭窄症等)
7. 膠原病(関節リウマチ含む)
8. 変形性関節疾患
9. 認知症
10. パーキンソン病
11. 難病(パーキンソン病を除く)
12. 糖尿病
13. 眼科・耳鼻科疾患(視覚・聴覚障害を伴うもの)
14. その他( )
15. なし
16. わからない

## 2 家族介護の状況について

問7 ご家族やご親族の方からの介護は、週にどのくらいありますか(同居していない子どもや親族等からの介護を含む)。(○は1つ)

1. ない
  2. 家族・親族の介護はあるが、週に1日よりも少ない
  3. 週に1~2日ある
  4. 週に3~4日ある
  5. ほぼ毎日ある
- } 問13へ  
} 問8へ



2. 利用していない → 問 15 へ

問14 <前問で「1. 利用している」と回答した方のみ>利用しているサービスについて不満があれば、不満の内容を具体的にご記入ください。

サービス名	不満の内容
1. 訪問介護	
2. 訪問看護	
3. 訪問リハビリテーション	
4. 通所介護（地域密着型を含む）	
5. 通所リハビリテーション	
6. 短期入所生活介護	
7. その他（ ）	

問15 <問 13で「2. 利用していない」と回答した方のみ>介護保険サービスを利用していない理由は何ですか。（あてはまるものに○）

1. サービスを利用するほどの状態ではない
2. 本人にサービス利用の希望がない
3. 家族が介護をするため必要ない
4. 以前、利用していたサービスに不満があった
5. 利用料を支払うのが難しい
6. 利用したいサービスが利用できない、身近にない
7. 住宅改修、福祉用具貸与・購入のみを利用するため
8. サービスを受けたいが手続きや利用方法が分からない
9. その他（ ）

問16 現時点での、施設等への入所・入居の検討状況について、ご回答ください。（○は1つ）

1. 入所・入居は検討していない
2. 入所・入居を検討している
3. すでに入所・入居申し込みをしている → 問 17 へ

※「施設等」とは、特別養護老人ホーム、老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院、特定施設（有料老人ホーム等）、グループホーム、地域密着型特定施設、地域密着型特別養護老人ホームを指します。

【特別養護老人ホーム、地域密着型特別養護老人ホーム】 介護の必要な高齢者に入浴、排せつ、食事等の日常の世話、健康管理、機能訓練、療養上の世話をする施設。

【老人保健施設】 比較的病状の安定している人が、医学的管理のもとで介護、看護、リハビリテーションを受けながら在宅復帰を目指す施設。

【介護医療院】 慢性期疾患などで長期的な療養を必要とする要介護者のための施設。介護療養型医療施設（療養病床）が廃止となり（移行期間あり）、新たに介護医療院が制度化された。

【特定施設、地域密着型特定施設】 介護保険の指定を受けた介護付有料老人ホーム、軽費老人ホー



ム、サービス付き高齢者向け住宅など。

【グループホーム】 認知症高齢者が家庭的な雰囲気の中で共同生活し、入浴、排せつ、食事等の日常の世話、機能訓練を行い、能力に応じ自立した生活を営む施設。

問17 <前問で「3. すでに入所・入居申し込みをしている」と回答した方のみ>申請中の施設の種別と入所待機期間を記入してください。

- |              |       |   |    |
|--------------|-------|---|----|
| 1. 特別養護老人ホーム | ⇒待機期間 | 年 | か月 |
| 2. 老人保健施設    | ⇒待機期間 | 年 | か月 |
| 3. 療養病床等     | ⇒待機期間 | 年 | か月 |
| 4. グループホーム   | ⇒待機期間 | 年 | か月 |
| 5. その他（      | ⇒待機期間 | 年 | か月 |

問18 あなたは将来どのような生活を送りたいとお考えですか。(○は1つ)

1. 自宅で介護サービスを利用せず、家族の世話で暮らしたい
2. 自宅で訪問介護や通所介護などを利用しながら暮らしたい
3. ケアハウス、有料老人ホーム等へ入所したい
4. 特別養護老人ホームへ入所したい
5. 老人保健施設へ入所したい
6. 老人専門の病院へ入院したい
7. グループホーム（認知症対応型共同生活介護）を利用したい
8. その他（

問19 介護保険制度では、訪問介護（ホームヘルプサービス）や通所介護（デイサービス）、特別養護老人ホームや老人保健施設などへの入所などの利用量が多くなれば、それだけ介護保険料も上がることとなります。あなたは、介護サービスの充実と保険料についてどのように考えますか。(○は1つ)

1. 高い保険料でサービスは充実している方がいい
2. 低い保険料でサービスは充実していなくてもいい
3. 標準的な保険料で標準的なサービスがいい
4. その他（

## 4 介護保険以外のサービスについて

問20 現在、利用している、「介護保険サービス以外」の支援・サービスについて、ご回答ください。(あてはまるものに○)

- |                       |            |                   |
|-----------------------|------------|-------------------|
| 1. 配食                 | 2. 調理      | 3. 掃除・洗濯          |
| 4. 買い物（宅配は含まない）       | 5. ゴミ出し    | 6. 外出同行（通院、買い物など） |
| 7. 移送サービス（介護・福祉タクシー等） | 8. 見守り、声かけ |                   |
| 9. サロンなどの定期的な通いの場     | 10. その他（   |                   |
| 11. 利用していない           |            |                   |

※総合事業（介護予防・日常生活支援総合事業）に基づく支援・サービスは、「介護保険サービス」

に含めます。

総合事業とは、市町村が中心となって、地域の実情に応じて、住民やNPO等の団体が参画し、多様な生活支援サービスやサロン活動などを充実することにより、地域の支え合いの体制づくりを推進し、要支援者等の自立に向けて、効果的かつ効率的な支援等を可能とすることを目指すものです。

問21 今後の在宅生活の継続・充実に必要と感じる支援・サービスについて、ご回答ください。(あてはまるものに○)

- |                       |            |                   |
|-----------------------|------------|-------------------|
| 1. 配食                 | 2. 調理      | 3. 掃除・洗濯          |
| 4. 買い物(宅配は含まない)       | 5. ゴミ出し    | 6. 外出同行(通院、買い物など) |
| 7. 移送サービス(介護・福祉タクシー等) | 8. 見守り、声かけ |                   |
| 9. サロンなどの定期的な通いの場     | 10. その他( ) |                   |
| 11. 特になし              |            |                   |

※介護保険サービス、介護保険以外の支援・サービスともに含みます。

## 5 人生の最期(看取り)について

問22 あなたは、人生の最期(看取り)をどこで迎えたいですか。(○は1つ)

1. 自宅
2. 病院などの医療施設
3. 老人保健施設、特別養護老人ホームなどの介護保険施設
4. 有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅など
5. その他( )
6. わからない

問23 自宅などで最期を迎える場合、課題や不安な点はありますか。(あてはまるものに○)

1. 特に不安はない
2. 「看取り」をしてくれる人がいない
3. 相続や、家財等の財産の処分がうまくいかどうか不安である
4. 「看取り」についての希望を家族などにどう伝えて良いかわからない
5. 「看取り」について誰に相談すればよいかわからない
6. 自宅での「看取り」に何が必要かわからない
7. その他( )

問24 ご本人(あて名の方)は、現在、訪問診療(往診)を利用していますか。(○は1つ)

1. 利用している
2. 利用していない

※訪問歯科診療や居宅療養管理指導等は含みません。

問25 ご本人（あて名の方）が、現在抱えている傷病について、ご回答ください。

（あてはまるものに○）

1. 脳血管疾患（脳卒中）
2. 心疾患（心臓病）
3. 悪性新生物（がん）
4. 呼吸器疾患
5. 腎疾患（透析）
6. 筋骨格系疾患（骨粗しょう症、脊柱管狭窄症等）
7. 膠原病（関節リウマチ含む）
8. 変形性関節疾患
9. 認知症
10. パーキンソン病
11. 難病（パーキンソン病を除く）
12. 糖尿病
13. 眼科・耳鼻科疾患（視覚・聴覚障害を伴うもの）
14. その他（ ）
15. なし
16. わからない

## 6 外出について

問26 買物、散歩で外出する頻度はどのくらいですか。（それぞれ1つ）

- ①買物… 1. ほぼ毎日 2. 週4、5日 3. 週2、3日 4. 週1日 5. 週1日未満
- ②散歩… 1. ほぼ毎日 2. 週4、5日 3. 週2、3日 4. 週1日 5. 週1日未満

問27 外出する際の移動手段は何ですか。（あてはまるものに○）

1. 徒歩
2. 自転車（バイク含む）
3. 自動車（自分で運転）
4. 自動車（人に乗せてもらう）
5. 病院や施設のバス
6. 歩行器・車いす
7. シルバーカー・電動車いす（カート）
8. タクシー
9. その他（ ）

## 7 防災について

問28 あなたの地区の避難場所（災害時に危険を回避するために一時的に避難する場所）を知っていますか。（○は1つ）

1. 知っている
2. 知らない

問29 あなたは災害時に一人で避難できますか。できない場合は、避難に協力してくれる人がいますか。（あてはまるものに○）

1. 一人で避難できる
2. 家族・親族の協力で避難できる
3. 近所の人との協力で避難できる
4. 友人・知人の協力で避難できる
5. 一人で避難できないし、協力してくれる人もいない
6. その他（ ）

問30 あなたは要介護認定者、障がい者など災害時に自力で避難することが困難な人が「避難行動要支援者」として登録する制度を知っていますか。（○は1つ）

1. 登録している
2. 知っているが登録はしていない
3. 知らない

問31 あなたは災害が発生した際、どのようなことが心配ですか。(あてはまるものに○)

- |              |                 |
|--------------|-----------------|
| 1. 緊急時の情報の入手 | 2. 避難先への移動経路、手段 |
| 3. 避難時の支援・相談 | 4. 災害後の生活       |
| 5. 避難所での生活   | 6. 自分自身の健康状態    |
| 7. その他 ( )   |                 |

## 8 相談等について

問32 心配事がある場合に誰に相談をしていますか。(あてはまるものに○)

- |                  |              |               |
|------------------|--------------|---------------|
| 1. 配偶者           | 2. 息子        | 3. 娘          |
| 4. 子の配偶者         | 5. 兄弟・姉妹     | 6. 友人・知人      |
| 7. 医師・歯科医師・看護師   | 8. 民生委員      | 9. 自治会役員      |
| 10. 社会福祉協議会職員    | 11. ケアマネジャー  | 12. ホームヘルパー   |
| 13. 地域包括支援センター職員 | 14. その他市役所職員 | 15. 相談する者はいない |
| 16. その他 ( )      |              |               |

問33 高齢者にとって住みよいまちをつくるために、何に重点をおくべきだと思いますか。  
(あてはまるものに○)

- |                          |                              |
|--------------------------|------------------------------|
| 1. 何でも相談できる窓口の設置         | 2. サービス利用の手続きの簡素化            |
| 3. 行政からの福祉に関する情報提供の充実    | 4. 災害のときの避難誘導體制の整備           |
| 5. 保健・医療・福祉施設が有する機能の充実   | 6. 特別養護老人ホーム等の施設サービスの整備      |
| 7. リハビリ・生活訓練などの通所施設の整備   | 8. 年代にかかわらず、住民同士がふれあう機会や場の充実 |
| 9. 気軽に出かけられるよう、外出支援体制の充実 | 10. 寝たきりや認知症にならないための予防対策     |
| 11. その他 ( )              | 12. 特にない                     |

## 9 成年後見制度について

問34 判断能力の不十分な方々の権利を擁護するための成年後見制度を知っていますか。(○は1つ)

- |                  |                |
|------------------|----------------|
| 1. 知っている → 問35へ  | 2. 知らない → 問39へ |
| 3. 利用している → 問39へ |                |

※「成年後見制度」とは、判断能力が不十分な方々の権利を擁護するため、財産処分や管理などの法律行為に関する援助を行う制度です。





問43 現在の生活を継続していくにあたって、主な介護者の方が不安を感じる介護等について、ご回答ください（現状で行っているか否かは問いません）。（○は3つまで）

〔身体介護〕

1. 日中の排泄
2. 夜間の排泄
3. 食事の介助（食べる時）
4. 入浴・洗身
5. 身だしなみ（洗顔・歯磨き等）
6. 衣服の着脱
7. 屋内の移乗・移動
8. 外出の付き添い、送迎等
9. 服薬
10. 認知症状への対応
11. 医療面での対応（経管栄養、ストーマ等）

〔生活援助〕

12. 食事の準備（調理等）
13. その他の家事（掃除、洗濯、買い物等）
14. 金銭管理や生活面に必要な諸手続き

〔その他〕

15. その他（ ）
16. 不安を感じていることは、特にない
17. 主な介護者に確認しないと、わからない

問44 介護するうえで、どんなことに困っていますか。（あてはまるものに○）

1. 心身の疲労が大きい
2. 睡眠不足がひどい
3. 経済的負担が大きい
4. 仕事に出られない
5. 買い物などの外出ができない
6. 旅行・趣味など生活を楽しむ余裕がない
7. 本人が介護サービスの利用をこぼむ
8. 介護の方法がわからない
9. 介護サービスの利用回（日）数が足りない
10. 家族や近隣の方などの理解が足りない
11. 特にない
12. その他（ ）

問45 あなたが介護している人には、認知症と思われる症状がありますか。（○は1つ）

1. 重い症状がある
2. 軽い症状がある
3. ない → 問42へ

問46 <前問で「1. 重い症状がある」「2. 軽い症状がある」と回答した方のみ>認知症の人や家族、支援する人達が参加して、悩みを打ち明けたり、情報交換を行う「認知症カフェ」を知っていますか。（○は1つ）

1. 知っているし利用したことがある
2. 知っているが利用したことはない
3. 知らない

問47 介護の負担などから、たたく・手足をしぼるなどの身体的な虐待や、言葉による暴力、生活に必要な介護をしないなどの虐待をしてしまうことがありますか。（○は1つ）

1. たびたびある
2. したことがある
3. したいと思うことはある
4. ない

問48 主に介護している方の体力面はいかがですか。(○は1つ)

- |            |                  |
|------------|------------------|
| 1. 特に問題ない  | 2. 病気がちなど、健康面で不安 |
| 3. 体力的にきつい | 4. 体力的に限界        |

問49 主に介護している方の精神状態はいかがですか。(○は1つ)

- |            |                  |
|------------|------------------|
| 1. 特に問題ない  | 2. 今は良いが、将来的には不安 |
| 3. 精神的にきつい | 4. 精神的に限界        |

介護保険制度や高齢者福祉等に関するご意見・ご要望がありましたら、ご自由にお書きください。

ご協力ありがとうございました。



## 高齢者福祉・介護保険サービスアンケート協力をお願い

### 【介護保険施設等利用者調査】

市民の皆様には、日ごろより市政に対し、ご理解とご協力をいただき、厚くお礼申し上げます。

本市では、このたび「いきいき高齢者プランまいばら（介護保険事業計画/高齢者福祉計画）」の見直しを行います。つきましては、施設等を利用されている皆様が、介護サービスの内容等について日ごろ感じられていることをお聞かせいただき、今後の介護保険制度の運営に活かしていくために、アンケートを実施することといたしました。

なお、ご記入いただいた内容については、すべて統計的に処理いたしますので、回答者個人が特定されたり個々の回答内容が他にもれたりすることは一切ありません。

お忙しいとは存じますが、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力いただきますようお願いいたします。

令和元年11月

米原市

#### ◇ご記入の前に

- ・この調査は別添依頼文のあて名の方が対象となります。
- ・回答はあてはまる番号を○で囲むなど、各設問の指示にしたがってください。
- ・回答は令和元年11月1日現在の内容でお答えください。
- ・事情によりご本人が記入できない場合は、ご家族の方などに代筆していただき、ご本人の意思を尊重して代わりにご回答くださいますようお願いいたします。
- ・対象の入所（院）の方がなんらかの事情により不在で調査できない場合には、下の枠内のいずれかに○をつけて返送してください。

- |   |
|---|
| 1. 入院中（介護療養型医療施設・介護医療院以外）                                       |
| 2. 退所（院）                      3. 死亡                      4. その他 |

#### ◇調査票の回収について

- ・ご記入いただいた調査票は、無記名で切手を貼らずに同封の返信用封筒に入れ、**●月●日（●）**までに投函くださるようお願いいたします。

#### ◇調査についてのお問い合わせ

米原市役所    暮らし支援課    TEL：0749-55-8110 / FAX：0749-55-8130

## 1 回答者について

問1 この調査票に記入するのはどなたですか。(○は1つ)

- |                       |            |
|-----------------------|------------|
| 1. 本人 (入所 (院) されている方) | 2. 家族      |
| 3. 施設職員               | 4. その他 ( ) |

## 2 ご本人について

問2 あなた (入所 (院) されている方) の性別はどちらですか。(○は1つ)

- |       |       |
|-------|-------|
| 1. 男性 | 2. 女性 |
|-------|-------|

問3 あなた (入所 (院) されている方) の年齢を教えてください。(○は1つ)

- |           |           |           |           |
|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 1. 65歳未満  | 2. 65～69歳 | 3. 70～74歳 | 4. 75～79歳 |
| 5. 80～84歳 | 6. 85～89歳 | 7. 90歳以上  |           |

問4 あなたの入所 (院) 前のお住まいはどちらですか。(○は1つ)

- |         |         |         |         |
|---------|---------|---------|---------|
| 1. 山東地域 | 2. 伊吹地域 | 3. 米原地域 | 4. 近江地域 |
|---------|---------|---------|---------|

問5 現在の入所 (院) 施設の種類はどれですか。(○は1つ)

- |   |
|---|
| 1. 介護老人福祉施設等 (特別養護老人ホーム、地域密着型特別養護老人ホーム) |
| 2. 介護老人保健施設 (老人保健施設)                    |
| 3. <b>介護医療院</b> 、介護療養型医療施設 (療養病床)       |
| 4. グループホーム                              |
| 5. その他 ( )                              |

【介護老人福祉施設等 (特別養護老人ホーム、地域密着型特別養護老人ホーム)】 介護の必要な高齢者に入浴、排せつ、食事等の日常の世話、健康管理、機能訓練、療養上の世話をする施設。

【介護老人保健施設 (老人保健施設)】 比較的病状の安定している人が、医学的管理のもとで介護、看護、リハビリテーションを受けながら在宅復帰を目指す施設。

【**介護医療院**】 慢性期疾患などで長期的な療養を必要とする要介護者のための施設。**介護療養型医療施設 (療養病床) が廃止となり (移行期間あり)、新たに介護医療院が制度化された。**

【認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)】 認知症高齢者が家庭的な雰囲気の中で共同生活し、入浴、排せつ、食事等の日常の世話、機能訓練を行い、能力に応じ自立した生活を営む施設。

問6 あなたが入所 (院) している部屋の形態は、次のどれですか。(○は1つ)

- |            |          |        |
|------------|----------|--------|
| 1. ユニット型個室 | 2. 従来型個室 | 3. 多床室 |
|------------|----------|--------|

【ユニット型個室】 入所者の自立的生活を保障する個室と、少人数の家庭的な雰囲気の中で生活できる共有スペースを備えている。

【従来型個室】 一つの居室を一人の入所者が占有する形態。

【多床室】 一つの居室を複数の入所者で利用する形態。



問 12 要介護認定に対する不満はありませんでしたか。「2. 不満」と答えた方は、その理由をお答えください。(○は1つずつ)

	満足	不満 (理由をご記入ください)
① 調査の申請手続き	1	2 (理由 )
② 調査の時間	1	2 (理由 )
③ 認定結果までの期間	1	2 (理由 )

問 13 施設を利用した理由は何ですか。(あてはまるものに○)

1. 家庭では専門的な介護ができないから 2. 先々が心配だから 3. すぐには入所できないと聞いていたので、あらかじめ申請していたら入所できた 4. 在宅介護は施設入所よりも金銭的負担が大きいから 5. 介護者の体調がすぐれないから 6. 家族の負担が大きいから 7. まわりからすすめられたから 8. その他 ( )
---

問 14 現在の施設をどのような理由で選びましたか。(あてはまるものに○)

1. 以前、利用したことがある 2. ケアマネジャーのすすめ 3. 評判がよい 4. 自宅から近い 5. 金額で選んだ 6. チラシやセールスにより 7. 家族・親族・知人からの紹介 8. かかりつけ医や入院先からの紹介 9. その他 ( )
---

問 15 現在、入所(院)している施設を選ぶ時に、誰に相談して選びましたか。(あてはまるものに○)

1. 市から提供された情報にもとづいて選んだ 2. ケアマネジャーに相談して選んだ 3. かかりつけ医(医療機関等)に相談して選んだ 4. 家族・知人に相談して選んだ 5. いくつかの施設を見学して選んだ 6. 施設のパンフレットやホームページを見て選んだ 7. インターネットの介護サービス情報公表制度を活用して選んだ 8. その他 ( )
--







## 高齢者福祉・介護保険サービスアンケート協力をお願い

### 【介護支援専門員調査】

皆様には、日ごろより市政に対し、ご理解とご協力をいただき、厚くお礼申し上げます。

本市では、このたび「いきいき高齢者プランまいばら（介護保険事業計画/高齢者福祉計画）」の見直しを行います。つきましては、介護支援専門員の方が日ごろ業務を行なううえで、潜在化しているご意見やご要望等を把握し、よりよいサービスの提供をめざすため、アンケートを実施することといたしました。

なお、ご記入いただいた内容については、すべて統計的に処理いたしますので、回答者個人が特定されたり個々の回答内容が他にもれたりすることは一切ありません。

お忙しいとは存じますが、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力いただきますようお願いいたします。

令和元年 11 月

米原市

#### ◇ご記入の前に

- ・回答はあてはまる番号を○で囲むなど、各設問の指示にしたがってください。
- ・回答が「その他」にあてはまる場合は、( ) 内に具体的にご記入ください。

#### ◇調査票の回答について

- ・この調査の回答は、●月●日(●)までをお願いいたします。

#### ◇調査についてのお問い合わせ

米原市役所 くらし支援課 TEL : 0749-55-8110 / FAX : 0749-55-8130





問8 サービス利用者宅をどの程度訪問していますか。(○は1つ)

- |             |             |           |
|-------------|-------------|-----------|
| 1. 月に4回以上   | 2. 月に2～3回程度 | 3. 月に1回程度 |
| 4. 数か月に1回程度 | 5. なし       |           |

問9 ケアプランを立てるにあたり、生活機能の状態のほかに、どのようなことに気を付けていますか。(あてはまるものに○)

- |                     |                       |
|---------------------|-----------------------|
| 1. 本人・家族の意見を大事にすること | 2. 要介護状態の改善、若しくは悪化の防止 |
| 3. 生活背景             | 4. サービス利用に係る経済的な負担    |
| 5. その他 ( )          |                       |

問10 ケアプラン作成時に困難だと思われることは何ですか。(あてはまるものに○)

- |  |
|--|
| 1. 主治医との連携がとりにくい                       |
| 2. サービス利用者・担当者との日程が合わずサービス担当者会議が開催できない |
| 3. サービス事業者・担当者からの情報が少ない                |
| 4. 要介護度の認定結果がでるのに時間がかかる                |
| 5. 提供事業者サービス提供票を送付するのに手間がかかる           |
| 6. 介護予防ケアマネジメントが難しい                    |
| 7. 利用者や家族との想いの食い違い                     |
| 8. その他 ( )                             |

問11 ケアプラン作成時に困ったことがあった場合どなたに相談されますか。(○は1つ)

- |        |                  |        |
|--------|------------------|--------|
| 1. 同僚  | 2. 他の事業所のケアマネジャー | 3. 主治医 |
| 4. 市職員 | 5. その他 ( )       |        |

問12 認知症利用者のケアプラン作成時に困難だと思われることは何ですか。(あてはまるものに○をし、「5. 本人の状態に合ったサービスがない」と回答した方は必要なサービスについてお答えください)

- |                                     |                  |
|-------------------------------------|------------------|
| 1. 本人の状態がつかみづらい                     | 2. 本人の同意が得られない   |
| 3. 家族の同意が得られない                      | 4. 認知症対応の事業所が少ない |
| 5. 本人の状態に合ったサービスがない(具体的に必要なサービス : ) |                  |
| 6. その他 ( )                          |                  |

### 3 ケアマネジメントの質の向上について

問13 サービスの質の向上に向けた研修に参加していますか。(○は1つ)

- |                   |                |
|-------------------|----------------|
| 1. 法人内および外部の研修に参加 | 2. 法人内の研修にのみ参加 |
| 3. 外部の研修にのみ参加     | 4. 研修には参加していない |

問14 研修で受けた内容はどうなものがありますか。(あてはまるものに○)

- |                  |                |
|------------------|----------------|
| 1. 介護保険制度全般について  | 2. 専門技術の向上について |
| 3. 利用者に対する接遇について | 4. 相談・苦情対応について |
| 5. 資格取得について      | 6. 受けたと思わない    |
| 7. その他 ( )       |                |

問 15 利用者やその家族からの苦情を受けたことはありますか。(○は1つ)

<input checked="" type="radio"/> 1. ある	<input type="radio"/> 2. ない
--	-----------------------------

問 15-1 問 15 で「1. ある」に○を付けられた方におうかがいします。

どのような内容でしたか。(あてはまるものに○)

1. サービスの質	2. サービスの不足	3. 介護保険制度に関すること
4. 要介護認定の結果	5. 利用者が負担する費用	6. ケアプランの内容
7. その他 ( )		

## 4 サービス担当者会議の実施状況について

問 16 サービス担当者会議を実施できていますか。(○は1つ)

<input checked="" type="radio"/> 1. すべての事例の計画作成時に必ず開いている
<input type="radio"/> 2. 毎回は開けないので、電話連絡で済ませることがある
<input checked="" type="radio"/> 3. 基本的に電話連絡で済ませている
<input type="radio"/> 4. サービス担当者会議も電話による連絡調整も行っていない
<input type="radio"/> 5. その他 ( )

問 16-1 問 16 で「1. 必ず開いている」と答えた方におうかがいします。

サービス担当者会議の出席者はどのような方ですか。(あてはまるものに○)

1. 利用者	2. 家族	3. 主治医	4. サービス事業者	
5. 主治医以外の医療機関関係者	6. 地域包括支援センター職員			
7. 民生委員				8. その他 ( )

問 16-2 問 16 で「3. 基本的に電話」「4. 行っていない」と答えた方におうかがいします。担当者会議を実施できていない理由は何ですか。(あてはまるものに○)

1. 日時等が合わない	2. 連絡がつかない
3. 会議の場を確保できない	4. サービス担当者会議の意義や役割を理解してくれない
5. 自分との信頼関係が確立されていない	6. 自分が出席を呼びかけていない
7. その他 ( )	

## 5 医療との連携状況について

問 17 日ごろから医療との連携をとっていますか。(○は1つ)

<input type="radio"/> 1. 連携はとれている	
<input checked="" type="radio"/> 2. どちらともいえない	<input type="radio"/> 3. 連携はとれていない

問 17-1 問 17 で「2. どちらともいえない」「3. 連携はとれていない」と答えた方におうかがいします。医療との連携がとれていない理由は何ですか。(あてはまるものに○)

1. 日時などが合わない	2. 医師の理解が得られない
3. 自分自身の医療的な知識が不足している	4. 医師の介護保険制度に対する理解が少ない
5. 連携の必要性を感じない	6. その他 ( )

問 18 あなたの担当している利用者で、これまでに在宅での看取りをしたケースはありますか。  
(○は1つ)

- |         |         |           |        |
|---------|---------|-----------|--------|
| 1. 1人いる | 2. 数人いる | 3. 5人以上いる | 4. いない |
|---------|---------|-----------|--------|

問 19 在宅での看取りで、最も大切だと思うことは何ですか。(○は1つ)

- |                  |              |                  |
|------------------|--------------|------------------|
| 1. 在宅医療の充実       | 2. 介護サービスの充実 | 3. 関係者の在宅看取りへの理解 |
| 4. 利用者家族の認識・心づもり | 5. その他 ( )   |                  |

## 6 地域包括支援センターについて

問 20 日ごろから地域包括支援センターとの連携をとっていますか。(○は1つ)

- |                  |                 |
|------------------|-----------------|
| 1. 十分に連携はとれている   | 2. まあまあ連携はとれている |
| 3. どちらともいえない     | 4. あまり連携はとれていない |
| 5. まったく連携はとれていない |                 |

問 20-1 問 20 で「3」～「5」と答えた方におうかがいします。

地域包括支援センターとの連携がとれていない理由は何ですか。(あてはまるものに○)

- |                    |                        |
|--------------------|------------------------|
| 1. センターの職員が忙しそうだから | 2. 相談する時間がないから         |
| 3. 相談しても解決しないから    | 4. 日ごろ連携しておらず、相談しにくいから |
| 5. 特に相談することはないから   | 6. その他 ( )             |

問 21 地域包括支援センターへ期待することは何ですか。(あてはまるものに○)

- |                                 |                            |
|---------------------------------|----------------------------|
| 1. 介護予防ケアマネジメントを通じた介護予防         | 2. 地域支援事業の介護予防事業を通じた介護予防   |
| 3. 主治医との連携                      | 4. 支援困難事例に対する個別指導・相談       |
| 5. 給付管理に対する個別指導・相談              | 6. 地域におけるケアマネジャーのネットワークづくり |
| 7. 多職種協働・連携による包括的・継続的ケアマネジメント支援 |                            |
| 8. フォーマルサービスとインフォーマルサービスの調整     | 9. 地域の総合相談窓口               |
| 10. 要援護高齢者の早期発見と対応              | 11. 高齢者の虐待防止・権利擁護          |
| 12. その他 ( )                     |                            |

## 7 高齢者虐待について

問 22 家庭内における高齢者虐待の事例を経験(担当)したことがありますか。

(いずれかに○をし、あると答えた方は相談先にあてはまるものに○を記入してください)

- |       |           |               |                |
|-------|-----------|---------------|----------------|
| 1. ある | 1. 市役所の窓口 | 2. 地域包括支援センター | 3. 民生委員        |
| 2. ない | 4. 保健所    | 5. 警察         | 6. その他(具体的に: ) |

問 23 高齢者虐待への対応として必要な制度や仕組みはどのようなものだと思いますか。(○は3つまで)

- |                        |                   |
|------------------------|-------------------|
| 1. 相談窓口の設置、明確化         | 2. 関係機関のネットワークの強化 |
| 3. 対応マニュアルの作成          | 4. 介護者への援助の充実     |
| 5. 住民への啓発              | 6. 関係機関や職員への研修    |
| 7. 緊急一時保護施設の確保         | 8. 地域福祉権利擁護事業の充実  |
| 9. 成年後見制度への積極的な取り組み    | 10. 警察・司法との連携・介入  |
| 11. 家族介護者を対象とした介護相談の充実 | 12. その他 ( )       |

## 8 ケアマネジメント全般について

問 24 ケアマネジャーの業務として難しいことは何ですか。(あてはまるものに○)

1. サービス調整	2. 家族間調整	3. 地域民生委員との連携
4. ケアプランの作成	5. ニーズのとらえ方	6. モニタリング
7. 給付管理	8. 認知症ケースへの対応	9. 虐待ケースへの対応
10. 経済的困窮ケースへの対応	11. 制度の理解	12. その他 ( )

## 9 介護保険全般について

問 25 不足していると感じているサービスはありますか。(○は1つ)

1. ある	2. ない
-------	-------

問 25-1 問 25 で「1. ある」に○を付けられた方におうかがいします。

不足しているサービスは以下のどれですか。(あてはまるものに○)

No	サービス名	回答	No	サービス名	回答
1	居宅介護支援		14	特定福祉用具販売	
2	訪問介護		15	小規模多機能型居宅介護	
3	訪問入浴介護		16	夜間対応型訪問介護	
4	訪問看護		17	認知症対応型通所介護	
5	訪問リハビリテーション		18	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	
6	居宅療養管理指導		19	看護小規模多機能型居宅介護	
7	通所介護(地域密着型含む)		20	認知症対応型共同生活介護(グループホーム)	
8	通所リハビリテーション		21	地域密着型特定施設入居者生活介護	
9	短期入所生活介護		22	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	
10	短期入所療養介護		23	介護老人福祉施設	
11	特定施設入居者生活介護		24	介護老人保健施設	
12	住宅改修		25	介護療養型医療施設	
13	福祉用具貸与		26	介護医療院	

問 26 介護給付や予防給付の適正化に向けて、どのようなことが大切だと思いますか。

(あてはまるものに○)

1. 利用者への啓発と理解の促進	2. ケアプランの点検体制の整備
3. ケアマネジャーの研修の充実	4. 事業者の運営管理に対する指導の強化
5. 要介護認定調査の精度の向上	6. その他 ( )

問 27 住み慣れた地域で在宅を基本とした生活の継続を目指す「地域包括ケアシステム」について取り組むためには、何が重要と思われますか。(○は1つ)

1. 要介護状態にならないための介護予防の促進
2. 医療と介護の連携強化(退院、入院時の連携強化)
3. 家族や地域住民による高齢者の生活支援
4. 在宅サービスの充実
5. その他 ( )



◎ご意見・ご要望がありましたら、ご自由にお書きください。


ご協力ありがとうございました。